

## ORDONNANCE COLLECTIVE

<b>ORDONNANCE COLLECTIVE :</b> Suivi d'anémie chez les patients suivis en clinique externe d'hémodialyse du CHUS	<b>NUMÉRO :</b> Néphrologie-06
---	-----------------------------------

<b>DESCRIPTION :</b> Ajustement de la dose des dérivés de l'époïétine (EPO) (Eprex, Aranesp ou autres) et du fer PO/IV afin d'atteindre les valeurs cibles d'Hb, de saturation de la transferrine (TSAT) et de ferritine. Le pharmacien prescrit la médication nécessaire (i.e. Eprex, Aranesp, fer) pour traiter l'anémie chez ces patients. Le pharmacien détermine la dose en fonction des nomogrammes décisionnels et également en fonction de son jugement clinique.	<b>DATE DE MISE EN VIGUEUR :</b>	<b>DATE DE RÉVISION :</b>
--	----------------------------------	---------------------------

<b>TITRE DU PROTOCOLE :</b> Protocole du suivi d'anémie chez les patients suivis à la clinique externe d'hémodialyse au CHUS.
--

<b>ACTIVITÉS RÉSERVÉES :</b> Pharmacien : initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.
<b>PROFESSIONNELS HABILITÉS À EXÉCUTER L'ORDONNANCE :</b> Pharmaciens affiliés au secteur de la néphrologie. Détenteurs d'une maîtrise <i>es science</i> et d'un baccalauréat en pharmacie (BPharm., MSc.). Les pharmaciens devront avoir eu au moins 8 jours de formation, consécutifs ou non, en suivi d'anémie.

### INDICATIONS ET CONDITIONS D'INITIATION :

- patients suivis à la clinique externe d'hémodialyse du CHUS
- patients ayant des valeurs de laboratoire hors cibles, telles que définies dans le protocole ci-joint, en ce qui concerne l'Hb et le bilan martial (% saturation de la transferrine, ferritine)

**ORDONNANCE COLLECTIVE :**

Suivi d'anémie chez les patients suivis en clinique externe d'hémodialyse du CHUS

**NUMÉRO :**

Néphrologie-06

**CONTRE-INDICATIONS/LIMITES :**

- patients en hémodialyse à domicile
- patients hospitalisés
- cas où il doit y avoir une intervention rapide et urgente pour la santé du patient, définis comme :
  - Hb < 90g/L ou > 140g/L
- Une résistance de la réponse aux dérivés de l'EPO. Celle-ci étant définie comme suit :
  - une augmentation significative des dose d'EPO afin de pouvoir maintenir une valeur stable d'Hb .
  - une diminution significative de l'Hb à une dose stable d'EPO.
  - un échec à obtenir une valeur d'Hb > 110g/L malgré une dose équivalente à 500u/kg/sem d'Epex (facteur de conversion d'environ 260u d'Epex : 1 ug d'Aranesp).
- En cours de traitement avec un dérivé de l'EPO, une dose anormalement élevée d'EPO, malgré des niveaux sériques adéquats de fer, B<sub>12</sub> et folates, pourrait nécessiter un décompte des réticulocytes, LDH, haptoglobine, bilirubine. À discuter avec le néphrologue à ce moment.

**INTENTION THÉRAPEUTIQUE OU BUT VISÉ :**

- % saturation de la transferrine (TSAT) :
  - o **20% - 50%**
- Ferritine :
  - o **200 - 500 ng/mL**
- Hémoglobine (Hb) :
  - o **110 - 120g/L** (une hémoglobine entre 100-110g/L peut être acceptable selon les recommandations de la société canadienne de néphrologie)
  - o Ne devrait pas être > **120g/L** de façon intentionnelle
    - à tolérer de façon transitoire (ad 3 mois), le temps qu'un ajustement soit effectué afin de faire diminuer la valeur de l'Hb.

**SUIVI :**

- FSC :
  - o Q2 sem
- Bilan martial (% saturation, ferritine)
  - o q mois



**ORDONNANCE COLLECTIVE :**

Suivi d'anémie chez les patients suivis en clinique externe d'hémodialyse du CHUS

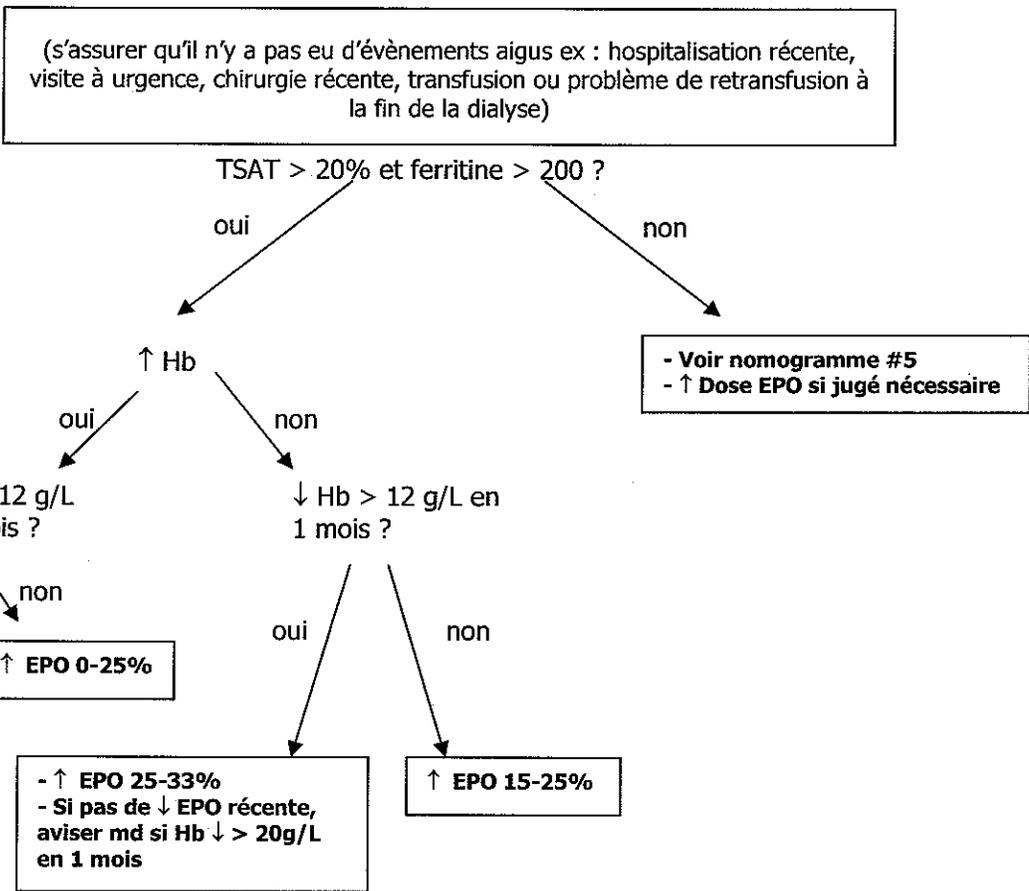
**NUMÉRO :**

Néphrologie-06

**TITRE :Nomogramme #2**

Nomogramme décisionnel du contrôle de l'anémie chez les patients **sous EPO** (ajustement des doses d'EPO)

**Hb < 110g/L**



1. La TA pré-dialyse doit être < 160/100 mmHg pour pouvoir augmenter la dose de EPO sinon le médecin doit être avisé.

**ORDONNANCE COLLECTIVE :**

Suivi d'anémie chez les patients suivis en clinique externe d'hémodialyse du CHUS

**NUMÉRO :**

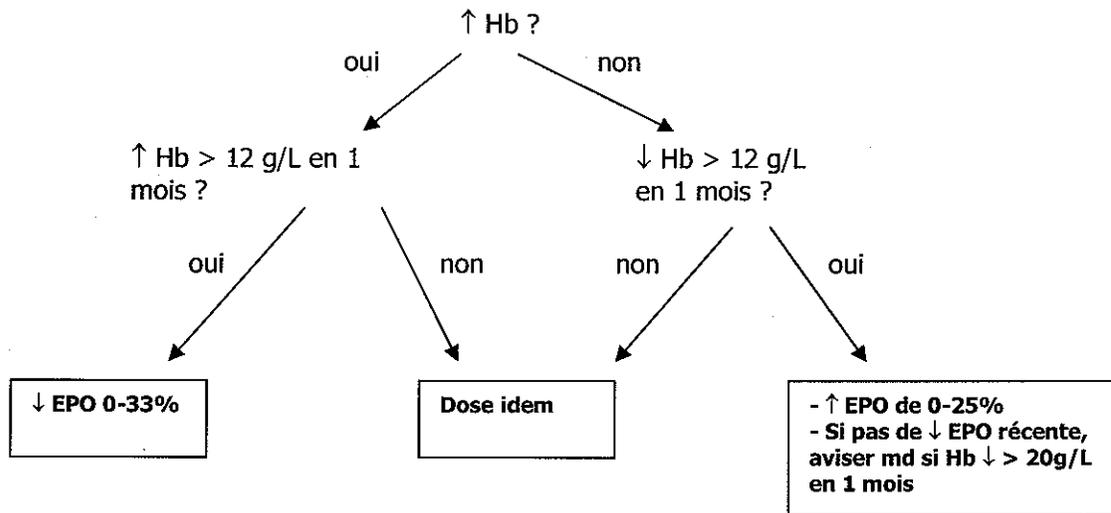
Néphrologie-06

**TITRE : Nomogramme #3**

Nomogramme décisionnel du contrôle de l'anémie chez les patients **sous EPO** (ajustement des doses d'EPO)

**Hb 110-120 g/L**

S'assurer que les réserves en fer sont adéquates avant ↑ dose EPO. Voir nomogramme #5



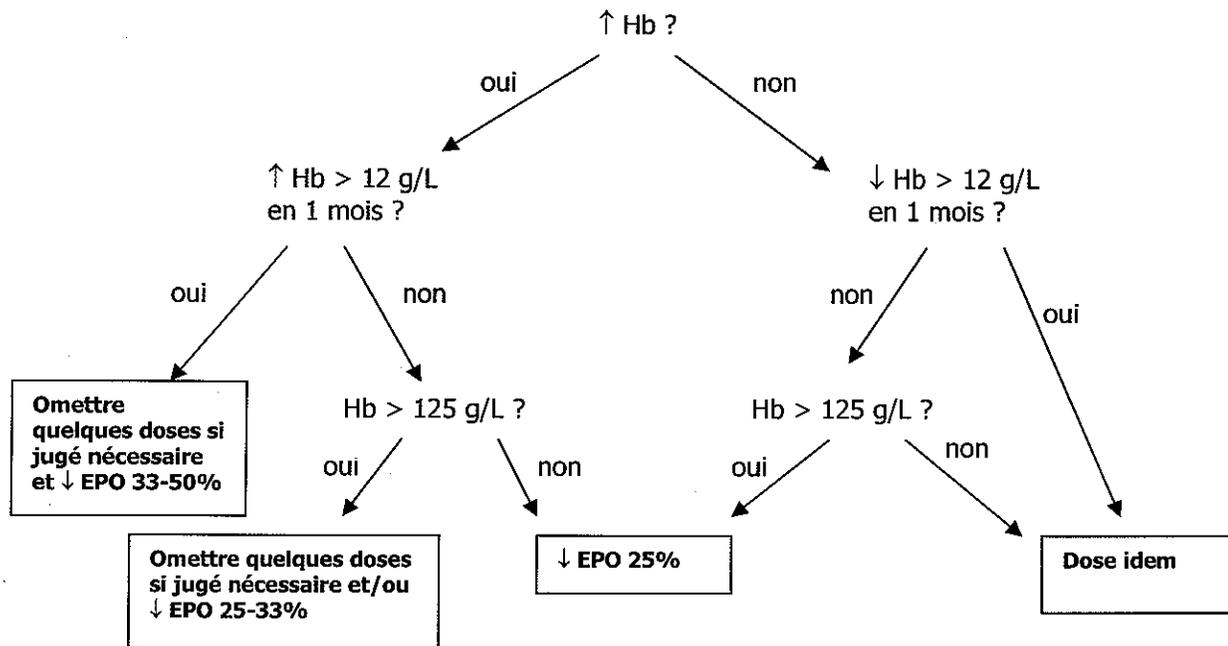
1. La TA pré-dialyse doit être < 160/100 mmHg pour pouvoir augmenter la dose de EPO sinon le médecin doit être avisé.

**ORDONNANCE COLLECTIVE :**

Suivi d'anémie chez les patients suivis en clinique externe d'hémodialyse du CHUS

**NUMÉRO :**

Néphrologie-06

**TITRE : Nomogramme #4**Nomogramme décisionnel du contrôle de l'anémie chez les patients **sous EPO** (ajustement des doses d'EPO)NB : Hb ne devrait pas être > **120g/L** de façon intentionnelle (à tolérer de façon transitoire (ad 3 mois), le temps qu'un ajustement soit effectué afin de faire diminuer la valeur de l'Hb)**Hb > 120g/L**

**ORDONNANCE COLLECTIVE :**

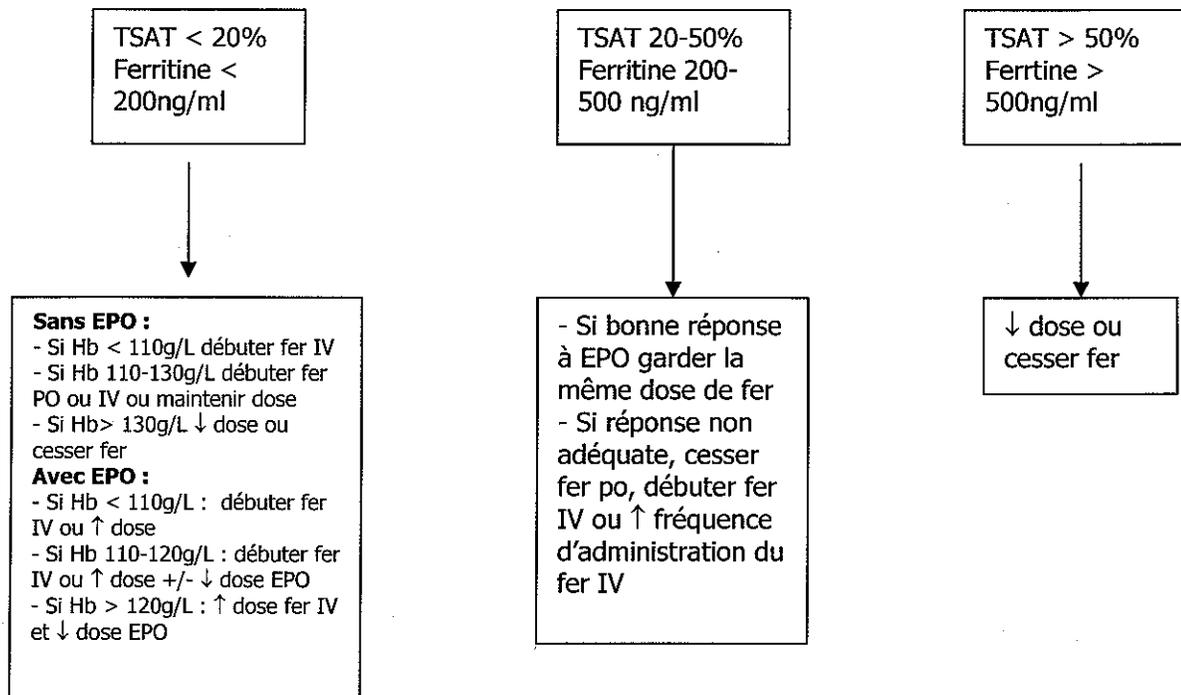
Suivi d'anémie chez les patients suivis en clinique externe d'hémodialyse du CHUS

**NUMÉRO :**

Néphrologie-06

**TITRE : Nomogramme #5**

Nomogramme décisionnel de l'ajustement de fer



- 1- Si fer po débuté : laxatifs à prescrire et effectuer une demande de médicaments d'exception (code RAMQ : GI 28)
- 2- Choix du fer IV : Fer dextran (Infufer) : premier choix seulement si le patient n'a jamais eu de réactions allergiques antérieures (de type rash, dyspnée, angiooedème) à l'Infufer ou à tous autres médicaments et que le patient ne souffre d'aucune maladie auto-immune ou d'asthme. Sinon, opter pour fer saccharose (Venofer).
- 3- La fréquence d'administration du fer IV se fait qsem, q2sem, qmois ou moins. La dose de 100 mg peut être administrée plus fréquemment si nécessaire. Si début de traitement et que TSAT < 20% débiter à 100 mg qsem.
- 4- Le dosage du bilan martial doit être effectué au moins 1 semaine après la dernière dose de fer IV reçue
- 5- Le patient ne doit pas recevoir de fer IV lorsque qu'il reçoit des antibiotiques IV.

**ORDONNANCE COLLECTIVE :**

Suivi d'anémie chez les patients suivis en clinique externe d'hémodialyse du CHUS

**NUMÉRO :**

Néphrologie-06

**RÉFÉRENCES :**

- Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for anemia in Chronic Kidney Disease (KDOQI): AJKD: may 2006: 47 (5 suppl 3) S11-145.
- Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for anemia in Chronic Kidney Disease (KDOQI): 2007 Update of Hemoglobin Target .AJKD: september 2007:50(3);471-530.
- Moist LM, Foley RN, Barrett BJ et coll. Clinical practice guidelines for evidence-based use of erythropoietic-stimulating agents. Kidney Int, 2008: 74 (suppl 110): S12-18.

**ÉLABORÉE PAR :** Sara Letendre, BPharm., MSc. Pharmacienne en néphrologie.

Révisé par : Julie Leblond, BPharm.,MSc. Pharmacienne en néphrologie

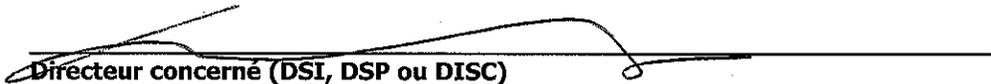
**APPROBATION :**

  
 Médecin, chef du département clinique

 26/01/2009  
 Date


  
 Chef du département de pharmacie (si utilisation de médicaments)

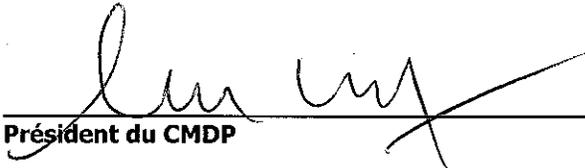
 09-01-21  
 Date


  
 Directeur concerné (DSI, DSP ou DISC)

 26/01/2009  
 Date

Conseil professionnel concerné (CECII ou CECM)

Date


  
 Président du CMDP

 29/02/10  
 Date
**DATE PRÉVUE DE RÉVISION :** 2012